N° 31

DES

HERNIES ÉPIGASTRIQUES

ET

DE LEUR CURE OPÉRATOIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1892

PAR

Fernand CAPMAN

Né à Capestang, le 14 septembre 1866

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

DESCENTE SAINT-PIERRE (Ancienne Faculté des Sciences)

1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. . . . . DOYEN
CARRIEU . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
— VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲).
Anatomie.	PAULET (O. ✲ ✲).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Clinique médicale	N. . .

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✲ C. ✲).

Chargés de Cours complémentaires

Histologie.	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	REGIMBEAU (✲)
Pathologie externe.	ESTOR.

Agrégés en exercice

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU (✲)	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. GAYRAUD, *agrégé.*
TRUC, *professeur.*	SERRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

F. CAPMAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FORGUE

MÉDECIN MAJOR DE L'ARMÉE

A mon Frère le Docteur Denis CAPMAN

AIDE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

F. CAPMAN.

INTRODUCTION

Le sort des hernieux a vivement préoccupé les chirurgiens de tous les âges. On aurait de la peine à trouver dans la nosographie chirurgicale une question qui ait autant passionné les esprits et suscité des études et des discussions aussi nombreuses et aussi approfondies. Depuis l'avènement de l'ère antiseptique surtout, les hernies ont fait l'objet de travaux importants ; on les rencontre souvent à l'ordre du jour des Sociétés savantes (1).

Mais dans ce pêle-mêle de matériaux entassés à profusion, on n'aperçoit guère que l'une des trois étiquettes suivantes que nous plaçons par ordre de fréquence : hernies inguinales, crurales ou ombilicales, celles-ci notablement plus rares que les précédentes. L'indifférence apparente des auteurs à l'égard des autres variétés, et en particulier de celle qui nous occupe, s'explique par la rareté absolue et relative de ces affections, et surtout par le petit nombre de malades qui viennent réclamer l'intervention chirurgicale. Les uns n'ont pas conscience des

---

(1) Société de chirurgie, 1887. — Deuxième session du Congrès français de chirurgie, 1886 ;—Annual meeting of the Bristish medical association. Dublin, août 1886.

dangers qui les guettent ; d'autres, renseignés sur leur état, négligent d'y porter remède ; d'autres enfin, et c'est la majorité, se contentent de porter un bandage plus ou moins bien assujetti. Cette précaution suffit, il est vrai, dans bon nombre de cas, comme nous le dirons au cours de ce travail. Quoi qu'il en soit, les faits sont rares de cure opératoire de ces hernies dites exceptionnelles. Elles méritent néanmoins une étude spéciale, soit à cause de leur siège et des considérations thérapeutiques qui en découlent, soit surtout à cause de la nature et parfois de la gravité des troubles fonctionnels qu'elles déterminent. Aussi, avons-nous accueilli avec empressement le conseil que nous a donné notre savant maître, M. le professeur Forgue, de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de la variété la plus intéressante de ces hernies exceptionnelles, les hernies épigastriques. Le moment est d'autant mieux choisi que nous pourrons ajouter à la liste des observations déjà publiées trois faits inédits de cure radicale, un déjà ancien, qui nous est communiqué par M. le professeur-agrégé Gerbaud, et les deux autres, tout récents, qui appartiennent l'un à M. le professeur Forgue, l'autre à M. le professeur Dubrueil.

En outre de ces trois observations inédites, nous avons colligé dans la littérature française et étrangère vingt-cinq cas de cure opératoire, et nous en donnons un résumé succinct. Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer le détail des observations réunies en Allemagne par Witzel (1) et par Vul-

(1) Sammlung Klin. Vortrag. v. Volkmann, numéro 10, 1890.

pius (1). Nous avons cependant pris connaissance de leurs conclusions dans les analyses de ces travaux, publiées par divers journaux, revues ou ouvrages spéciaux. Ce travail comprendra les chapitres suivants :

1) L'historique de la question.
2) Un aperçu nosologique.
3) Les observations.
4) Les indications de la cure opératoire.
5) L'opération, ses suites et ses résultats.
6) Les conclusions.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous sommes heureux d'acquitter les dettes de reconnaissance que nous avons contractées dans le cours de nos études médicales. Que nos maîtres de l'Hôpital civil de Constantine trouvent ici l'expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant nos trois années d'internat dans cet hôpital. Nous présentons aussi l'hommage de notre reconnaissance à MM. les professeurs Dubrueil, Forgue et Gerbaud pour le précieux enseignement que nous avons reçu à leur école et pour l'honneur qu'ils nous font en nous communiquant leurs observations relatives à notre sujet. Nous remercions en particulier M. le professeur Forgue d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

---

(1) Beitrage zur Klin. Chir., 1890, T. VII, p. 91.

DES

HERNIES ÉPIGASTRIQUES

ET

DE LEUR CURE OPÉRATOIRE

I

Historique

Les hernies épigastriques n'ont, à vrai dire, aucune histoire, ou du moins leur passé peut être facilement résumé en une phrase : elles constituaient un *noli me tangere* avant la découverte de Lister. Depuis l'avènement de l'antisepsie, on ne craint plus de s'attaquer directement à elles.

Nous ne nous proposons pas d'énumérer ici la liste de tous les auteurs qui ont traité plus ou moins longuement de l'affection qui nous occupe. Ce travail ingrat a été fait par M. Bonnet (1), qui lui consacre douze pages de sa thèse. Il nous semble préférable de présenter une vue d'ensemble sur les variations de l'opinion chirurgicale aux diverses époques, nous réservant de citer, au cours de ce travail, les noms et les ouvra-

(1) Thèse de Paris, 1887.

ges des auteurs, à propos des considérations auxquelles ils se rapportent.

Nous espérons ainsi éviter le double écueil d'un historique fastidieux et d'un double emploi.

Dans la littérature chirurgicale, vieille de plus d'un siècle et demi, on ne trouve aucune description des hernies épigastriques. Quelques auteurs, Fabrice de Hilden, par exemple, les signalent en passant, mais ne s'y arrêtent pas. Ce n'est qu'en 1743 que Garengeot présenta (1) à l'Académie royale de chirurgie, son « *Mémoire sur plusieurs hernies singulières* », mémoire dans lequel il expose avec clarté le mode de formation des hernies épigastriques et leur attribue la responsabilité des troubles douloureux et fonctionnels qu'elles provoquent; mais il veut trop préciser l'origine de ce symptôme, et il se fourvoie dans une affirmation sans preuves, celle de la présence constante de l'estomac dans la hernie.

Ce Mémoire de Garengeot suscita une discussion très vive au sein de la grande Académie ; on glosa beaucoup sur la possibilité de la gastrocèle ; mais on ne changea rien à la thérapeutique. Ces hernieux, comme les autres, restaient les clients du bandagiste. Une seule indication forçait la main du chirurgien : l'étranglement. Et encore ne prenait-il le bistouri qu'après avoir perdu un temps précieux à des prescriptions médicamenteuses invraisemblables, et à un taxis brutal et très prolongé.

Les mêmes errements persistent durant la fin du siècle dernier et la première moitié du nôtre. Aussi, dut-on considérer comme une audace inqualifiable l'acte de Maunoir, de Genève, qui, en 1802, osa entreprendre la cure radicale d'une hernie

---

(1) Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. I, p. 705.

non étranglée! (Obs. I). Le succès, heureusement, excusa et justifia sa hardiesse; mais son exemple ne fut pas suivi.

Cruveilhier (1) signale bien un cas d'intervention analogue (Obs. II), mais dans des termes si vagues, qu'on se demande à quoi il avait affaire.

L'abstention, sauf les cas d'urgence, reste la règle dans la seconde moitié de notre siècle, jusqu'à l'avènement de l'ère antiseptique. Seuls, Rademacker (Obs. III), en 1869, et Wernher (Obs. IV), la même année, opérèrent chacun, à bon escient, une hernie non étranglée.

Certes, il serait injuste de reprocher à la chirurgie préantiseptique une timidité opératoire trop justifiée par la violence des réactions péritonéales. Ce qui nous étonne davantage, c'est que la découverte de Lister n'ait pas encouragé les tentatives opératoires.

A l'étranger, Czerny, en Allemagne (1879), et Reverdin, en Suisse (1881), donnent le signal des hostilités contre les hernies épigastriques. Mais, en France, ce n'est qu'en 1882 que Polaillon suit le premier cet exemple venu du dehors, et encore ne publie-t-il son Observation qu'en 1888, dans la thèse de Lepage; aussi, malgré la priorité en date de Polaillon, doit-on accorder en France la priorité véritable à Terrier, qui, dans sa communication au deuxième Congrès français de chirurgie, en 1886, a, le premier, systématiquement inauguré la cure opératoire.

Malgré l'élan donné par Terrier, notre littérature de ces dernières années semble bien pauvre en faits de ce genre, si on la compare à la richesse relative des statistiques allemandes.

Il est à regretter que la chirurgie française se laisse ainsi devancer par la chirurgie étrangère, sur le terrain d'une opé-

---

(1) Essai sur l'anatomie pathologique, 1810, p. 168.

ration relativement facile et bien réglée, ne comportant pas de suites graves, si elle est bien faite, et capable de procurer un résultat thérapeutique, le plus souvent complet. Aussi, considérons-nous comme une véritable bonne fortune de pouvoir apporter un contingent personnel de trois cas, et de prêter ainsi notre modeste appui à la vulgarisation d'une opération qui nous semble digne d'entrer dans la pratique courante.

II

Aperçu nosologique

Anatomie. — On désigne improprement sous le nom de ligne blanche la lame aponévrotique médiane, comprise entre les bords internes des deux muscles droits de l'abdomen. Cet espace a la forme d'un triangle très effilé, dont la base s'insère sur l'appendice xyphoïde du sternum et le sommet sur la symphise pubienne. « Relativement large en haut, où elle mesure 6 à 15 millim. (1), elle se rétrécit au-dessous de l'ombilic ; dans son tiers inférieur elle est réduite aux dimensions d'une simple cloison linéaire. La ligne blanche est essentiellement formée par l'entrecroisement sur la ligne médiane des différentes lames aponévrotiques qui représentent les tendons d'insertion du grand oblique, du petit oblique et du transverse. Elle est renforcée en haut par quelques faisceaux verticaux qui descendent de l'appendice xyphoïde... (2) ». Les lames aponévrotiques antérieures sont au nombre de quatre : une pour le grand oblique, deux sous-jacentes, qui, parties du petit oblique, ont engaîné le muscle droit et se sont fusionnées de nouveau sur la ligne médiane ; enfin celle du transverse. Les faisceaux fibreux entrecroisés laissent dans leurs intervalles des espaces losangiques à grand axe transversal, surtout visibles sur la face péritonéale. Ces orifices sont comblés normalement par des pelo-

---

(1) D'après Tillaux, elle mesure de 2 à 3 centimètres. (Anat. topogr., p. 647).

(2) Testut, Anat., vol. I, p. 594.

tons adipeux, des vaisseaux et des nerfs. On conçoit que ces lieux de moindre résistance puissent, dans certains cas, livrer passage aux masses graisseuses sous-péritonéales et aux viscères abdominaux.

Si l'on dissèque la paroi abdominale sur la ligne médiane, on rencontre donc, en allant de dehors en dedans : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les deux feuillets du fascia superficialis, la toile celluleuse qui recouvre le grand oblique, la lame fibreuse formée par l'intersection des faisceaux aponévrotiques, les fascia transversalis et propria, visibles à la région sous-ombilicale seulement, et enfin le péritoine. Mais cette complexité de couches superposées n'est apparente que pour l'anatomiste d'amphithéâtre. En réalité l'anatomie chirurgicale ne distingue que les plans suivants : 1° la peau, 2° un tissu cellulo-graisseux adhérent, 3° la toile aponévrotique blanche et nacrée, 4° une couche adipeuse dont la face postérieure est doublée du péritoine.

Anatomie pathologique. — Les hernies épigastriques siègent en un point quelconque de la portion sus-ombilicale de la ligne blanche, tantôt exactement sur le raphé médian, tantôt un peu latéralement et plus souvent à gauche qu'à droite de la ligne médiane. Selon Bergmann (1) elles se montreraient « d'une façon constante et précise au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, là où il existe dans le muscle droit une ligne tendineuse. » Malgré la très grande autorité de ce chirurgien, sa proposition nous paraît trop absolue et d'ailleurs enfreindre la vérité anatomique ; on décrit en effet en anatomie descriptive deux intersections tendineuses dans la portion sus-ombilicale des muscles droits.

(1) Bergmann. Berl. Klin. Woch., 27 octobre 1890.

Est-ce de la supérieure ou de l'inférieure que veut parler Bergmann ? De plus si nous analysons à ce point de vue les nombreuses observations que nous avons recueillies ou consultées, nous sommes loin d'être obligé d'admettre ce siège « constant et précis ». Que si Bergmann veut seulement signaler la prédisposition spéciale qui résulte des tiraillements en sens inverse exercés sur les lignes tendineuses par les faisceaux musculaires qu'elles séparent, nous nous rangeons à son avis, bien que cette idée soit purement théorique.

Ordinairement uniques, ces hernies peuvent être multiples ; on conçoit en effet *à priori* que les viscères puissent s'énucléer à travers plusieurs des orifices losangiques à la fois. D'ailleurs Berger (1) dit en avoir observé « deux, trois et même dans un cas, quatre superposées sur la ligne blanche, quoique parfaitement distinctes, ayant chacune son orifice à part, chacune d'elles pouvant être réduite indépendamment des autres et présentant un volume croissant de la hernie supérieure, qui était la plus petite, à l'inférieure, la plus volumineuse, qui était située immédiatement au-dessus de l'ombilic. » Dans le cas de Maunoir que nous reproduisons plus loin, il existait deux hernies graisseuses superposées.

Leur volume atteint d'habitude celui d'une noisette ; elles sont alors le plus souvent sessiles et peuvent longtemps passer inaperçues, surtout chez les sujets doués d'un fort embonpoint. On en a vu cependant acquérir des dimensions plus considérables, celles d'une noix (Obs. XVII), d'une demi-pomme (Obs. XII), d'une mamelle de femme (Obs. XI), d'un crâne d'adulte (Malgaigne).

A mesure que leur volume s'accroît, ces tumeurs, primitivement sphériques, deviennent ovoïdes, puis piriformes, se

---

(1) Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. T. VI., p. 796.

pédiculisent et finalement pendent au devant de l'abdomen comme une bourse fermée. Elles sont recouvertes par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les fascia superficialis et transversalis ; mais, comme nous l'avons déjà dit, ces enveloppes ne forment en réalité qu'un seul plan macroscopique. La peau est quelquefois amincie et excoriée.

L'orifice herniaire, d'abord losangique et transversal, s'arrondit de plus en plus sous la pression viscérale et finit par se transformer en un anneau fibreux, à bords réguliers, résistants et tranchants.

Le collet, ordinairement très étroit comme l'orifice, est mobile au début dans le canal herniaire, mais il contracte d'assez bonne heure avec lui des adhérences plus ou moins serrées.

Au point de vue de leur constitution nous divisons les hernies épigastriques en deux grandes classes :

1° Les hernies graisseuses, sans diverticule péritonéal inclus, ou bien contenant un cul-de-sac péritonéal vide atrophié et fibreux, ou enfin, constituées par une masse graisseuse périphérique et un véritable sac central, renfermant lui-même des viscères ; c'est-à-dire une hernie proprement dite doublée d'une forte couche de graisse.

2° Les hernies non graisseuses, ou hernies proprement dites, formées d'un sac visible aussitôt l'incision cutanée faite, et contenant de l'épiploon seul ou accompagné d'un viscère.

Les hernies graisseuses sans diverticule péritonéal proviennent simplement de l'énucléation d'un nombre variable de lobules adipeux sous-péritonéaux. Ce sont de véritables lipomes herniaires. On trouve parfois à leur centre, un cordon dur et fibreux se continuant avec le péritoine et qui n'est autre chose qu'une portion invaginée de la séreuse.

Ici se pose la question de savoir si les hernies graisseuses sont le résultat de la régression d'une hernie préexistante, ou,

au contraire, représentent la première étape de l'issue des organes intra-abdominaux. La première de ces opinions fut émise par A. Paré (1). Pour lui, la production graisseuse était « *le bastiment que nature employait pour amener la guarison des hernies.* » Cette idée, reproduite par Nélaton et consignée dans la thèse de Roustan (2), a trouvé son plus ardent défenseur dans Bernutz (3). L'opinion contraire, qui considère le lipome herniaire comme un stade préparatoire de la hernie proprement dite, a été indiquée par Cloquet (4), répétée par Bigot d'Angers (5), enseignée par Pelletan, qui comparait ce phénomène à celui de la descente du testicule ; enfin, vivement soutenue par Velpeau (6) et admise depuis par la majorité des auteurs. Nous ne saurions prendre parti, dans ce débat, sans entrer dans de longs développements, qui nous entraîneraient trop loin hors de notre sujet.

Nous nous contenterons de signaler quelques caractères communs à ces deux premières variétés, hernies graisseuses simples et hernies à prolongement péritonéal inclus. Elles sont arrondies, régulières, lobulées, parfois bourrelées ; leur volume ne dépasse guère celui d'un haricot ou d'une noisette ; dans un cas il atteignait celui d'une pomme (Laënnec), (7). Mais il importe surtout de signaler les relations vasculo-nerveuses de ces tumeurs avec le péritoine. Ainsi s'expliquent en effet les symptômes douloureux et les troubles gastriques parfois alarmants qu'on observe dans certains cas. Il est inutile d'ajouter

---

(1) Œuvres complètes, ch. 15

(2) Paris, 1843, p. 19.

(3) Thèse, Paris, 1846.

(4) Recherches sur les hernies graisseuses. Th. d'agrég. 1848.

(5) Thèse. Paris 1851.

(6) Clin. chir., t. III, p. 33. Traité d'anatomie, t. II, p. 8.

(7) Note sur une nouvelle espèce de hernie, 1807.

que ces hernies ne possèdent pas d'enveloppe extérieure propre ; tout au plus arrive-t-on à distinguer une lame celluleuse friable, résultant de la fusion des fascia superficialis et transversalis.

Lorsque le cul-de-sac péritonéal, entraîné par la hernie graisseuse, est resté perméable, on y rencontre toujours l'épiploon seul ou accompagné par de l'intestin, surtout par le côlon transverse, rarement par de l'intestin grêle. Grâce à la disposition du grand tablier épiploïque étendu au devant des anses intestinales, nous croyons pouvoir affirmer *à priori* que lorsque le sac contient de l'intestin, il renferme aussi de l'épiploon, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'entérocèle sans épiplocèle ; mais l'inverse peut avoir lieu.

L'estomac peut-il faire partie du contenu herniaire ? Cette intéressante question a vivement passionné les chirurgiens, mais elle n'a pas encore reçu une démonstration positive. S'appuyant seulement sur la constatation des troubles digestifs, Garengeot crut devoir les attribuer à la présence de l'estomac. Malgré l'opposition formelle de Günz de Leipsig, de Bertrandi et bien d'autres, François Pipelet prit la défense de Garengeot et communiqua à l'Académie de chirurgie huit observations personnelles de hernies « gastriques » (1). A leur suite Chopart, Cooper, Siebold, etc., admirent que dans tous les cas l'estomac était pincé ou partiellement hernié. La réaction nécessaire fut opérée par Richter (2) et Léveillé (3) ; mais comme les premiers, ces auteurs dépassèrent la limite du vrai et allèrent jusqu'à nier la possibilité même de la gastrocèle. Malgré l'absence de constatations nécropsiques ou opératoires

---

(1) Mémoire à l'Ac. roy. de chirurgie, t. II, p. 195.
(2) Traité des hernies, 1788.
(3) Nouvelle Doctrine chirurg., 1812, t. II, p. 180.

démontrant la présence de l'estomac dans le sac herniaire, nous ne voyons dans les rapports et dans la constitution anatomique de cet organe aucun empêchement à son invagination partielle.

Enfin, dans quelques cas isolés, la hernie contenait une partie du ligament falciforme et la veine ombilicale transformée en cordon fibreux (obs. XXI) ou même non oblitérée. (1)

Comme dans toutes les autres hernies le contenu du sac peut être libre ou contracter avec lui, et c'est le cas le plus fréquent, des adhérences plus ou moins étendues.

Ce que nous venons de dire à propos des sacs herniaires doublés de graisse s'applique naturellement aux hernies proprement dites, non graisseuses; seulement leur enveloppe, uniquement formée du diverticule péritonéal, est beaucoup plus mince et par suite facilite le diagnostic du contenu avant et pendant l'opération. Nous verrons que cette disposition simplifie aussi le manuel opératoire, et c'est là un des motifs qui nous ont fait distinguer des hernies graisseuses et des hernies non graisseuses.

Etiologie et Pathogénie. — De toutes les hernies exceptionnelles, celles qui occupent la région épigastrique sont les plus fréquentes. Berger (2) en a constaté 116 sur 10,000 hernies observées par lui au bureau central. Suivant Malgaigne (3), on les rencontrerait plus souvent chez la femme que chez l'homme. « En théorie, dit-il, cela va de soi, car la ligne blanche souffre autant que l'ombilic de la dilatation du ventre dans la grossesse. » La plupart des auteurs ont renchéri sur les idées

---

(1) Cloquet, Th. d'agrég., 1819. — Foucher, Bull. de la Société anat., 1851. — Kirmisson, eod. loc., 1885. — Terrier, obs. XI.

(2) Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VI, p. 797.

(3) Leçons sur les hernies, 1841, p. 235.

de Malgaigne et ont incriminé, en outre de la grossesse, la polysarcie, l'ascite, les tumeurs abdominales.

Nous admettons certes l'influence adjuvante, efficiente même, de ces causes dans certains cas, mais c'est le petit nombre. De toutes nos observations, une seule, l'observation III, permettrait d'accuser les grossesses répétées et trois seulement se rapportent à des femmes; d'autre part, parmi les nombreuses malades atteintes de tumeurs abdominales que Terrier a eu l'occasion d'examiner, il n'en a pas rencontré qui fussent atteintes de hernie épigastrique (1). Il en est de même pour M. Polaillon (2). Witzel sur ses douze malades compte 7 hommes et 5 femmes (3). Enfin des 116 hernies épigastriques observées par Berger, 105 furent constatées chez des hommes et 11 seulement chez des femmes.

On les rencontre à tous les âges ; mais on n'en a pas signalé de congénitales. Scarpa et Malgaigne (4) refusent même d'admettre leur existence. Quoi qu'il en soit, les hernies épigastriques s'observent d'ordinaire chez des adultes de 30 à 50 ans.

Dans quelles conditions et sous quelles influences se produisent ces hernies ? Tantôt elles se forment lentement et dépendent d'une faiblesse congénitale et acquise de la paroi ; tantôt elles apparaissent brusquement à la suite d'un violent effort ou d'un traumatisme : hernies de faiblesse dans le premier cas, hernies de force dans le second.

Contrairement à ce que l'on admet aujourd'hui pour les autres hernies, la faiblesse congénitale et souvent héréditaire de la paroi ne joue qu'un rôle fort restreint dans la pathogénie

---

(1) Thèse de Bonnet, Paris, 1887.

(2) Thèse de Lepage, Paris, 1888.

(3) Sammlung Klin. Vort v. Volkmann, 1890, n° 18.

(4) Malgaigne, Leçons sur les hernies, p. 236.

des hernies épigastriques. A. Cooper a signalé dans deux cas l'absence partielle du raphé aponévrotique médian ; mais ce sont là des anomalies rares. Ce qu'on note bien plus fréquemment, c'est la coexistence d'autres hernies sur le même sujet. Malgaigne a observé cette complication dans chacun de ses dix cas. Des 116 hernies épigastriques de Berger, 84 s'accompagnaient de hernies différentes en d'autres points de l'abdomen.

Cette disposition native peut être réalisée chez l'adulte par des distensions de longue durée ou fréquemment répétées. Dans cet ordre d'idées, on peut incriminer les excès de régime, la grossesse, l'ascite, les tumeurs abdominales, les efforts de vomissements, etc. Ces influences se font sentir sur une paroi normalement conformée ; elles agissent *à fortiori* sur les tissus déjà modifiés par une agression traumatique ou opératoire antérieure ; aussi voit-on assez souvent des hernies épigastriques apparaître au niveau de cicatrices résultant d'un coup de couteau ou d'une laparotomie. Berger (Traité de Chirurgie) en a observé deux cas survenus à la suite d'un coup de couteau. Socin rapporte un fait de hernie consécutive à une laparotomie faite pour une résection du pylore, qu'il pratiqua d'ailleurs avec un plein succès.

Comme la distension chronique de la paroi, l'amaigrissement du sujet peut, dans certains cas, préparer la voie à l'issue des viscères, par suite de la résorption des pelotons adipeux qui comblent les orifices naturels de la ligne blanche. Ce fait s'observe rarement, il est vrai, dans les cachexies, les rétrécissements du pylore, ou d'autres affections gastro-intestinales ; mais pour ces dernières, il faut accuser à la fois l'amaigrissement et l'action mécanique des vomissements répétés.

Enfin, et bien plus fréquemment, les hernies épigastriques s'établissent d'emblée, grâce aux déchirures fibreuses produites

par un violent effort, une contusion brusque, une chute sur un corps dur, etc. La hernie ne succède pas toujours immédiatement au traumatisme ; le péritoine peut ne s'engager dans la brèche aponévrotique que plus tard, sous l'influence de la toux, des vomissements, etc. On ne saurait cependant admettre avec Witzel que la moitié des cas de hernies épigastriques reconnaissent une origine traumatique.

Symptômes et diagnostic. — Lorsque la hernie s'est établie d'une façon lente et progressive, elle peut longtemps passer inaperçue. Par contre, l'apparition soudaine et douloureuse d'une tumeur épigastrique, à la suite d'un effort ou d'un traumatisme, éveille en général tout de suite l'attention du malade et constitue un repère important pour le diagnostic.

Un examen sommaire suffit à reconnaître les hernies volumineuses; elles présentent, avec une telle netteté, les caractères vulgaires des hernies en général, qu'on ne saurait les méconnaître. Elles forment un relief tout de suite apparent et facile à circonscrire. Elles envoient dans l'abdomen un pédicule aisément appréciable au toucher. Leur consistance, élastique au repos, devient plus ferme pendant les efforts de toux et de vomissements; sous ces influences, leur volume augmente, et la main, appliquée sur elles, perçoit la sensation caractéristique de l'impulsion. Elles peuvent parfois réintégrer leur domicile abdominal, soit spontanément dans la position horizontale, soit grâce à des manœuvres chirurgicales, et le doigt, se coiffant du sac herniaire vidé, peut s'introduire dans l'orifice, en reconnaître la forme et les dimensions et percevoir le choc viscéral pendant la toux. Lorsque ces grosses hernies ne sont pas enveloppées d'une coque adipeuse trop abondante et que le sac péritonéal n'est pas très épaissi, on arrive souvent à déterminer la nature du contenu.

Si la tumeur est souple, de consistance uniforme, sonore à

la percussion, et donne à la main qui l'exprime la sensation caractéristique du gargouillement, on est en droit d'affirmer la présence de l'intestin. Si elle est molle, lobulée, mate à la percussion et facile à étaler entre les doigts, elle contient de l'épiploon. Lorsqu'elle renferme à la fois l'intestin et l'épiploon, ces signes se combinent, et l'exploration manuelle permet encore le plus souvent de reconnaître chacune de ces parties. Dans les cas exceptionnels d'inclusion du ligament falciforme ou de la veine ombilicale, on sent quelquefois un cordon dur et fibreux. En ce qui concerne l'estomac, nous ne connaissons pas d'indice nettement révélateur de sa présence. L'augmentation du volume de la hernie, après les repas et les troubles gastriques qui accompagnent les premières heures de la digestion, peuvent se manifester, quel que soit le contenu de la hernie. D'ailleurs, les gastrocèles, s'il en existe, sont excessivement rares.

Mais on n'a pas toujours affaire à des hernies volumineuses, aisément reconnaissables. Il s'agit au contraire, dans la plupart des cas, de hernies qui atteignent à peine le volume d'un haricot ou d'une noisette et qui, souvent dissimulées dans le tissu adipeux pariétal, resteraient ignorées du malade lui-même, si des désordres fonctionnels ou des accidents d'étranglement ne venaient les déceler. Ce ne sont plus, en effet, les signes physiques locaux qui dominent le tableau clinique; mais bien les symptômes fonctionnels. La région épigastrique devient le siège et le point de départ de vives douleurs qui s'irradient dans toutes les directions. Bientôt apparaissent des tiraillements et des crises gastralgiques qui redoublent après les repas ; la dyspepsie ne tarde pas à arriver avec tout son cortège, et les efforts de vomissements viennent encore exaspérer les souffrances du patient. Combien de gens n'ont pas été traités pour un ulcère ou une tumeur de l'estomac, ou bien pour de simples gastralgies, et qui ont vu finir leurs tourments

le jour où un chirurgien plus avisé en a soupçonné la véritable origine !

Lorsque l'attention est attirée de ce côté, la hernie épigastrique, petite ou même noyée dans la graisse, trahit ordinairement sa présence par l'un ou l'autre des symptômes déjà énumérés à propos des hernies volumineuses. En explorant la région dans toute son étendue, on finira par trouver un nodule circonscrit, globuleux, élastique, rénitent et douloureux à la pression; on tâchera de sentir le cordon plus dense formé par le pédicule; si la petite tumeur est réductible, on enfoncera le doigt dans l'orifice et on fera tousser le malade, afin de percevoir la sensation de l'impulsion viscérale. Quant à reconnaître la nature du contenu, le plus souvent il n'y faut pas songer. L'exploration manuelle et la percussion ne peuvent fournir que des renseignements vagues et incomplets. On ne saurait non plus appuyer le diagnostic sur la nature ou la gravité des désordres fonctionnels ; nous savons, en effet, qu'une simple hernie graisseuse peut, grâce aux connexions vasculo-nerveuses qui l'unissent au péritoine, provoquer des troubles douloureux ou digestifs réflexes, aussi alarmants qu'une énorme entéro-épiplocèle. Bref, il n'existe aucun rapport entre la gravité des symptômes fonctionnels et la constitution anatomique de la hernie. On en a même observé qui, malgré leur volume, ne provoquaient ni douleurs, ni troubles gastro-intestinaux.

Grosses ou petites, les hernies épigastriques deviennent, suivant certains auteurs, parfois irréductibles; Berger (1) dit en avoir trouvé 12 parmi les 116 de sa série. M. Forgue, au contraire, croit à l'irréductibilité fréquente, presque constante même, après un certain temps, et appuie son opinion sur l'examen d'une trentaine de cas chez de jeunes militaires, où la hernie était presque toujours irréductible.

---

(1) Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VI, p. 798.

III

Observations

Observation I. — Maunoir, de Genève. — Cure radicale de deux hernies graisseuses épigastriques. — Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, 1810 (Résumé).

Ouvrier, âgé de 32 ans, a éprouvé dès 1794, un certain temps après les repas, à la région ombilicale, des douleurs analogues aux coliques. En même temps apparut un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur assez dure, très sensible au toucher. La compression le soulageait; aussi lui fut-il prescrit un bandage, qui n'atteignit pas d'ailleurs le but recherché.

Au mois d'avril 1802, il vint consulter Maunoir qui constata entre l'épigastre et l'ombilic une tumeur irréductible, et pensa à une hernie épiploïque.

Le 8 du même mois il opéra le malade et constata deux tumeurs piriformes, rouges, assez fermes, la supérieure de la grosseur d'une fève de maïs, l'autre de la grosseur d'un œuf de pigeon. Les anneaux étaient fort étroits, pas de sac herniaire, il s'agissait donc de deux hernies graisseuses. Il sectionna les deux tumeurs et abandonna leur pédicule dans l'abdomen.

Les accidents disparurent et le malade guérit rapidement, malgré une légère suppuration de quelques points.

Obs. II. — Cruveilhier. — Hernie graisseuse épigastrique. — Essai sur l'anatomie pathologique, 1810, p. 168.

Un hernieux vient à l'Hôtel-Dieu pour des coliques habituelles. On reconnaît une petite hernie au-dessus de l'ombilic ; on croit

à une hernie de la ligne blanche et on trouve seulement un paquet graisseux qu'on emporte. Dès ce moment les coliques ont disparu.

Obs. III. — Rademacker. — Herniotomie pour hernie épigastrique enflammée. — Langenbeck's Archiv. für Klin. chir., 1869, B. II, p. 285.

Femme de 39 ans, ayant eu dix enfants, a été atteinte de typhus grave. Dès la seconde semaine de cette maladie, douleurs stomacales quotidiennes. Depuis un an, elle a constaté au-dessus de l'ombilic une tumeur provoquant des douleurs de plus en plus accentuées en rapport avec son développement progressif.

Le 24 février 1857, on constate, à un travers de pouce au-dessus de l'ombilic, une tumeur de 6 pouces de diamètre, fluctuante, sonore à la percussion. La peau est amincie et les douleurs très vives.

Le 26, opération. Section des téguments, issue de pus, de matières fécales et de gaz ; le côlon transverse a été intéressé. On bourre la plaie avec de la charpie molle. Une fistule persiste et ne guérit qu'au bout de six semaines.

Les douleurs ont disparu et la malade a un nouvel accouchement deux ans après.

N.-B. — Cette observation, incomplète au point de vue de la cure opératoire, est intéressante au point de vue de la disparition des douleurs.

Obs. IV. — Hernie graisseuse épigastrique. Wernher, cité par Gussenbauer. (Wirchow. Arch. B. 47, 1869, p. 178 et 472.)

Employé de chemin de fer, 35 ans, traité depuis longtemps pour troubles gastriques, quand Wernher, s'appuyant sur la présence d'une petite tumeur sensible à la palpation, à quatre

travers de doigt au-dessus de l'ombilic, sur la ligne blanche, lui attribue ces troubles et diagnostique une hernie épigastrique. Essais infructueux de réduction par bandages. Excision de la tumeur, qui était un petit lipome dont le pédicule traversait la ligne blanche. Disparition consécutive des accidents gastriques.

Obs. V. — Czerny de Heidelberg. — Hernie graisseuse épigastrique. Berl. Klin. Woch., 1881, t. IV et V, p. 45 et 63 (Résumée).

G. B..., âgé de 40 ans, est porteur au 16 mai 1879, à deux centimètres au-dessus de l'ombilic, d'une tumeur molle, élastique, douloureuse à la pression, partiellement réductible. Il se produit alors une petite ouverture dans la paroi abdominale permettant l'introduction de l'extrémité du petit doigt.

Le 17, opération. — Tumeur de la grosseur d'une noisette, graisseuse, résistante, enveloppée d'une épaisse membrane, conjonctive plongeant dans la cavité abdominale par un pédicule traversant l'ouverture de la ligne blanche. La tumeur est fortement tirée au dehors et réséquée après ligature profonde du pédicule qui est libéré de ses adhérences avec l'anneau et réduit. Les bords de l'anneau avivés sont suturés.

Le malade se plaignit, pendant deux jours après l'opération, de douleurs qui disparurent ensuite complètement. Ceinture élastique avec pelote.

Obs. VI. — Reverdin : Cure radicale d'une épiplocèle sus-ombilicale irréductible (Revue médicale de la Suisse romande. 5 janvier 1882). Résumé.

Homme de 17 ans. Intermittences cardiaques. A un centimètre au-dessus de l'ombilic, tumeur de la grosseur d'une cerise, élastique, douloureuse, irréductible. A chaque effort, après le repas, tiraillements au creux épigastrique. Incision

semi-lunaire à convexité supérieure. Sac très mince, renfermant un petit peloton épiploïque peu adhérent et se continuant dans l'abdomen par un mince pédicule ; ligature du peloton à la base et résection. Suture de l'anneau. Guérison.

Obs. VII. — Polaillon. Cure radicale d'une hernie épigastrique épiploïque. — *In* Thèse de Lepage. Paris, 1888. — Résumé.

Colson, âgé de 65 ans, éprouve en janvier 1882 une vive douleur à l'épigastre en soulevant une pierre. Depuis lors, tiraillements accompagnés de coliques et de vomissements. En mars, on lui prescrit un bandage qui améliore son état. En juin, il entre à la Pitié, se plaignant de douleurs épigastriques très vives et de vomissements. La tumeur, grosse comme une noix, est mollasse, réductible, sans gargouillements, et présente de la submatité à la percussion.

Opération le 22 juin. Immédiatement sous la peau et un léger tractus celluleux on rencontre le paquet épiploïque que l'on résèque au-dessus d'une ligature. Occlusion de la fente par deux points de suture profonde et suture des téguments.

Le malade sort de l'hôpital 15 jours après, n'éprouvant plus de douleurs et complétement guéri de sa hernie.

Obs. VII. — Banks. Cure radicale de hernie ventrale. *Medical Times*, 19 juillet 1884. — Résumé.

Femme de 35 ans, présente au-dessus de l'ombilic deux grosses tumeurs, ressemblant à des seins allongés, libres à leur extrémité supérieure et réunis à la base, augmentant de volume pendant l'effort et partiellement réductibles. Vives douleurs. Incision de la tumeur du côté gauche, dont les parties les plus saillantes sont formées d'intestin, recouvert à peine de tissu cicatriciel. On ne distingue pas de sac. La tumeur contient le côlon transverse, qu'il est difficile de détacher, et est

même ouvert, puis suturé et réduit. On sépare l'épiploon. La tumeur de droite ne contient que de l'intestin facilement réductible. Les deux hernies présentent un seul anneau et deux sacs, séparés par des bandes fibreuses. Ligature du collet commun et section. Suture des bords de la surface de section. Résection d'une grande quantité de peau et suture dans le sens perpendiculaire à l'axe du corps.

Guérison. Ceinture.

Obs. IX. — Gussembauer : Cure radicale d'une hernie épigastrique, symptômes d'étranglement. Prager med. Woch, 1884, t. IX, p. 2. (Résumé).

Médecin de 58 ans, porteur à la région épigastrique d'une tumeur bilobée. Plusieurs années après il ressentit une douleur vive à ce niveau, douleur qui disparut lorsqu'il eut réduit la tumeur. Dix ans plus tard, les deux tumeurs devinrent tendues, irréductibles, douloureuses au point de provoquer des syncopes et des vomissements.

Gussembauer, craignant un étranglement, pratiqua la herniotomie. Il trouva dans chacune des deux tumeurs graisseuses une anse intestinale incluse, qu'il réduisit. Suture des bords de la plaie. Quatre semaines après, les douleurs et les phénomènes gastriques n'avaient pas reparu, la cicatrice était très résistante, empêchant toute protrusion de l'intestin.

Depuis, toute trace de hernie a disparu.

Obs. X. — Terrier : Hernie épiploïque épigastrique. Troubles digestifs. Guérison avec légère éventration. Congrès français de chirurgie, 2e session. — (Résumé).

C..., porteur d'une hernie du volume d'une petite noisette, très douloureuse, siégeant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. La pression augmente les douleurs et permet de sentir

une petite masse lobulée irréductible. Troubles digestifs très accusés, douleurs lombaires, crises de gastralgie.

Opération, le 6 mars 1885. — Après incision, on arrive sur un sac herniaire très mince ; on l'ouvre, et on voit une petite masse d'épiploon adhérente surtout au niveau du collet de l'anneau fibreux. Dissection de la tumeur. Ligature en chaîne du pédicule. Résection et réduction de l'épiploon. Suture de l'anneau par 4 ou 5 points au crin de Florence. Petit drain, suture de la peau. Pansement de Lister.

Les sutures profondes suppurèrent, et le 15 avril il restait encore un petit trajet fistuleux dû à un fil non enlevé. La fistule guérit, mais il persiste une petite éventration. Les douleurs et les troubles digestifs ont disparu. Le malade, revu plus d'un an après en bonne santé, portait une ceinture avec pelote pour maintenir une hernie entièrement épiploïque et réductible.

N.-B. Dans ce cas, le résultat thérapeutique a été atteint en ce sens que les douleurs et les troubles gastriques ont disparu ; mais l'auteur avoue que le résultat opératoire laisse à désirer et incrimine le plan de sutures profondes.

Obs. XI. — Terrier : Hernie graisseuse épigastrique. Opération. Guérison avec éventration (Congrès français de chirurgie 1886). Résumé.

B., mécanicien, âgé de 41 ans, porte depuis six ans, à 2 centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic, une hernie grosse comme une noisette, augmentant de volume lors des efforts, devenant alors très douloureuse et donnant lieu à des coliques, accompagnées de diarrhée. Pas de vomissements. Elle est absolument mate et irréductible, et donne la sensation de lobules multiples.

Opération le 26 novembre 1885. Après incision, on rencontre une masse adipeuse, que l'on isole. Ligature en X

du pédicule et résection de la tumeur. En réduisant le pédicule dans la cavité abdominale, M. Terrier s'aperçut qu'il y avait au centre de la masse une sorte de diverticule dont il ne s'expliqua pas d'abord la nature. Avivement et suture des bords de l'anneau, par trois gros fils d'argent. Suture superficielle. Pansement de Lister. Accidents intenses d'épiploïte ; distension des parois abdominales qui amène la déchirure des tissus par les fils d'argent et la non-réunion.

La guérison avec éventration est complète le 2 janvier 1886. On revoit le malade le 8 février 1886; il ne ressent plus de douleurs épigastriques ni de coliques, et ne se plaint plus de diarrhée. Eventration nécessitant une ceinture abdominale avec pelote épigastrique, pour maintenir une petite hernie.

N. B. — Le résultat thérapeutique, dans ce cas, a été analogue au précédent ; mais le résultat opératoire a été compromis par les accidents d'épiploïte.

Le diverticule que Terrier avait remarqué au centre du pédicule, au moment de la réduction, n'était autre que le sac herniaire doublé de graisse, mais adhérent à l'épiploon. C'était donc une hernie épiploïque, dont le sac était doublé de tissu adipeux.

Obs. XII. — Terrier : Cure radicale d'une hernie épigastrique volumineuse (entéro-épiplocèle) (Congrès français de chirurgie, 2e session). Résumé.

T..., âgé de 38 ans, ressentit, en 1867, en soulevant un fardeau, une vive douleur à l'épigastre et une tumeur du volume d'une noix apparut dans cette région. Depuis, les douleurs devinrent plus vives après les repas. Vomissements presque continuels. A partir de 1871, aggravation dans l'état de T..., dont l'alimentation ne put se faire, pendant dix-huit mois, qu'avec des œufs.

En 1884, après un effort, augmentation considérable du volume de la tumeur et de l'intensité des douleurs, avec tiraillements très pénibles,

Le 10 février 1886, la tumeur est aplatie, pendante, à grand axe transversal, comparable à une mamelle flasque de vieille femme. Peau amincie et excoriée. A la palpation, on perçoit des nodosités rapportées à la présence de l'épiploon et, à gauche, on sent de l'intestin facilement réductible avec gargouillement. L'ouverture herniaire offre les dimensions d'une pièce de un franc.

Opération le 2 mars 1886. Incision verticale, ouverture du sac, réduction de l'intestin, dissection des adhérences de l'épiploon avec le sac. Ligature perdue de la veine ombilicale non oblitérée, ouverte au cours de l'opération. Ligature du pédicule par trois fils de soie, disposés en chaîne. Résection de l'épiploon et réduction ; au-dessus de l'ouverture herniaire principale, on en voit alors une seconde, par où sort de l'épiploon, qui est lié et réséqué. Résection du sac. La bride qui partageait les deux anneaux a été sectionnée. Avivement des bords de l'orifice et suture avec cinq fils d'argent. On résèque par deux incisions en V, les points en dehors, la peau exubérante, que l'on suture.

Un mois après, il existait un petit trajet fistuleux dû à un fil d'argent, qu'on n'avait pu retirer. Mais les douleurs et les accidents gastriques avaient complètement disparu. Il n'y avait pas trace d'éventration.

Au 6 décembre la guérison était absolument complète.

N.-B. — L'auteur attribue le petit incident de la fistule à la difficulté d'enlever les points de suture profonds ; aussi se promet-il, à l'avenir, de suturer à la fois l'anneau et la peau.

Obs. XIII. — Terrier : Cure radicale d'une hernie graisseuse épiploïque épigastrique. Congrès français de chirurgie, 2e session, 1886.— (Résumé).

L..., chef cantonnier, âgé de 54 ans, s'aperçut, il y a deux ans et demi, qu'il portait à la région épigastrique une tumeur du volume d'une noisette, indolore, même à la pression.

Vers le 10 février 1886, la tumeur devint douloureuse et augmenta de volume. Le 26, le malade entra dans le service de M. Terrier, qui constata, à six centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, une tumeur ovoïde, sans bosselures, ayant la dimension d'une demi-pomme, dure, rénitente, douloureuse à la pression, immobile, irréductible, absolument mate.

Opération le 10 mars 1886. Après une incision de 12 centimètres de longueur, on arrive sur une masse graisseuse lobulée. Pour en faciliter la dissection, on pratique, de chaque côté, une incision perpendiculaire à la première. On arrive sur une sorte de collet fibreux qui est incisé à la partie inférieure ; il se produit aussitôt une hernie qui n'est autre que de l'épiploon. On était donc dans un sac herniaire. Ce sac, doublé d'un véritable lipome, fut enlevé. L'épiploon fut isolé de l'anneau, attiré au dehors et réséqué après ligature en X. Une autre masse épiploïque, située un peu à droite, nécessita la même manœuvre. Résection des bords de l'anneau fibreux et agrandissement de l'ouverture en haut et en bas, de manière à avoir une ouverture elliptique et suture par quatre fils d'argent. Suture superficielle.

Pendant quelque temps, il y a eu suppuration des points de suture, et le 20 avril le malade sort de l'hôpital, portant une ceinture avec pelote pour abriter sa cicatrice et maintenir une pointe de hernie. Les douleurs et les accidents gastriques ont complétement disparu et il peut se livrer à un travail très fatigant.

Obs. XIV. — Reynier : Cure radicale de hernie épigastrique (épiploïque) irréductible. Thèse de Bonnet, 1887 (Paris). — (Résumé).

G..., puisatier, est porteur, à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, d'une tumeur du volume d'une petite noix, un peu étalée, irréductible, mate à la percussion. Après les repas, douleurs, tiraillements, nausées et vomissements. Impossibilité pour le malade de se livrer à aucun effort. Un bandage à pelote, d'abord prescrit, occasionnant des envies de vomir, avec tendance syncopale, est supprimé. Opération. Après incision, on arrive sur une petite masse d'épiploon recouvert d'une couche mince qui doit être le péritoine ; « mais on peut dire qu'il n'y a pas de sac. » Dissection. En attirant la masse épiploïque on découvre un orifice pouvant admettre un gros crayon. Ligature et section de l'épiploon, suture des bords de l'anneau, comprenant le pédicule épiploïque. Réunion des bords de la plaie. Disparition absolue des troubles digestifs. Cicatrice solide. Bandage.

Obs. XV. — Routier : Cure radicale d'une épiplocèle para-ombilicale irréductible (Thèse de Bonnet, Paris, 1887). — (Résumé).

B..., âgé de 52 ans, carrier, éprouva il y a 2 ans, en soulevant une pierre, une sensation de craquement au creux épigastrique ; deux jours après, il constata, à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic, à droite de la ligne blanche, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. Les douleurs, au début très vives, diminuèrent cependant d'intensité ; mais depuis, la tumeur grossissant, les douleurs reparurent, de plus en plus aiguës, en même temps qu'apparaissaient des troubles gastro-intestinaux.

Examen le 16 juillet 1888. Tumeur du volume d'un œuf de poule, irréductible, mate à la percussion, opaque. Essai de taxis à trois reprises différentes.

Opération le 20. Incision de la peau, écartement des fibres du grand droit. Ouverture du sac, où l'on trouve un paquet d'épiploon adhérent. Destruction des adhérences de la masse épiploïque et de son pédicule. L'orifice ovalaire pouvant admettre la phalangette de l'index est suturé, le péritoine adossé à lui-même. Résection du sac et suture des téguments.

Guérison sans accidents. Deux ans après, guérison maintenue.

Obs. XVI. — Bouilly : Cure radicale d'une épiplocèle épigastrique. *In* Thèse de Lepage, Paris, 1888. — (Résumé).

M. C..., âgé de 35 ans, souffre depuis 15 ans de crises gastriques. M. Bouilly constate, un peu à gauche de la ligne blanche, à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'une demi-noisette, indurée, rénitente, circonscrite par un bord dur, très douloureux à la pression et complétement irréductible.

Opération le 20 avril 1887. Après incision, on tombe sur un sac herniaire que l'on ouvre, et dans lequel on trouve un bouchon épiploïque, dur, congestionné, et complétement adhérent au sac. On détruit les adhérences, on réséque six centimètres d'épiploon, après une ligature en chaîne à la base, et l'on réduit. Le sac herniaire est réséqué et l'orifice, de un centimètre de diamètre, est fermé avec un fil de soie. On place une suture superficielle sur la peau.

Le 5 juillet, les douleurs, disparues dès l'opération, n'ont pas reparu ; mais l'estomac fonctionne toujours mal ; les indigestions et les vomissements sont fréquents.

N.-B.—En résumé, l'intervention a débarrassé le patient des douleurs dues à la hernie. Quant aux accidents gastriques, ils devaient être dus à une affection stomacale concomitante.

La hernie n'a pas d'ailleurs reparu. Le malade est mort de ses crises gastriques.

Obs. XVII. —Terrillon : Cure radicale de hernie épigastrique (Gazette des Hôpitaux, 24 avril 1888). Résumé.

Marie-Louise V..., âgée de 26 ans, couturière, se plaint de douleurs épigastriques et de vomissements dus à une petite tumeur située au-dessus de l'ombilic. L'usage d'une ceinture calme ces douleurs, mais d'une manière incomplète. La tumeur, du volume d'une noix, est arrondie, mollasse, irréductible, douloureuse aux tentatives de réduction.

Opération, le 22 novembre 1887. — L'incision conduit sur le sac herniaire que l'on dissèque avec soin. On l'ouvre, et on trouve un morceau d'épiploon baigné dans un peu de liquide et non adhérent. Il est réduit ; le collet du sac est lié et la partie extérieure de ce dernier est réséquée. Ligature de l'anneau comprenant le pédicule. Suture de la peau.

Guérison complète, qui ne s'était pas démentie trois mois après. Ceinture.

Obs. XVIII. — Polaillon: Cure radicale de hernie épigastrique (in thèse Lepage. Paris, 1888.) Résumé.

G. E..., âgé de 45 ans, briquetier, raconte que deux ans auparavant, à la suite d'une violente quinte de toux, il perçut une douleur à la région épigastrique, et constata une tumeur du volume d'une petite noix. Elle siège à 8 centim. au-dessus de l'ombilic et provoque des douleurs et des tiraillements après le repas. Pas de vomissements.

Opération, le 26 mars 1888. — Après incision de la peau, se présente un sac herniaire mince que l'on ouvre, et l'on trouve une masse épiploïque de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. On détruit les adhérences. Double ligature du pédicule et résection. Excision du sac. Suture simultanée de l'anneau et de la peau par quatre points.

Guérison ; ceinture de flanelle.

Obs. XIX. — Lucas-Championnière : Cure radicale d'une épiplocèle épigastrique (In thèse Lepage ; Paris, 1888). Résumé.

L..., coiffeur, âgé de 37 ans, se plaint de tiraillements au creux épigastrique et de vomissements qu'il attribue à une petite tumeur siégeant au-dessus de l'ombilic.

Opération, le 28 avril 1887. On incise la peau et le tissu cellulaire, et on tombe sur un sac mince que l'on ouvre. On rencontre un paquet d'épiploon adhérent au sac, surtout au niveau de l'anneau. Résection de l'épiploon entre trois ligatures. Réunion, par cinq fils de catgut, du péritoine et des parties profondes. Suture cutanée.

Le malade se considérait, au mois de juillet, comme complètement guéri.

N.-B. — L'auteur ne parle pas ici de résection du sac, ainsi que dans les deux Observations suivantes.

Obs. XX. — Lucas-Championnière : Cure radicale d'une hernie épigastrique (In thèse Lepage ; Paris, 1888). Résumé.

R..., imprimeur, âgé de 29 ans, se plaint de ressentir à l'épigastre de violentes douleurs souvent accompagnées de vomissements et dues à une petite tumeur située à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Opération le 5 juillet 1887. — La résection de l'épiploon est un peu difficile, à cause des adhérences. On place trois fils sur le sac, cinq fils sur la paroi abdominale et six sutures superficielles.

Guérison. — Lorsque le malade mourut de néphrite, le 12 mars 1888, la hernie n'avait pas bougé.

Obs. XXI. — Lucas-Championnière : Cure radicale de hernie épigastrique renfermant l'épiploon et le ligament suspenseur du foie (Thèse de Lepage, 1888, Paris). Résumé.

M..., âgé de 37 ans, brasseur, souffre depuis trois mois à la région épigastrique de douleurs suivies de vomissements, dues à une hernie sus-ombilicale du volume d'une grosse amande et complètement réductible.

Opération le 9 février 1888. Après incision, on tombe sur le sac herniaire mince que l'on ouvre. L'épiploon est attiré au dehors et on voit au-dessus l'extrémité antérieure du ligament suspenseur du foie et le cordon fibreux résultant de l'oblitération de la veine ombilicale qui sont refoulés. Résection de l'épiploon après ligature du pédicule. Orifice fermé par 7 points de suture. Ligature superficielle.

Le 28, guérison. Quatre mois après, guérison maintenue.

Obs. XXII. — Trélat : Cure radicale d'une hernie épigastrique (Gazette des Hôpitaux, 1er avril 1890). Résumé.

Homme de peine, âgé de 53 ans. Il y a dix ans, il s'aperçut qu'il avait une tumeur grosse comme une noisette, qui augmenta de volume et provoqua des tiraillements pendant la marche, une sensation de gêne à l'épigastre et quelques douleurs dans les reins. Pas de troubles digestifs.

Examen clinique : entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, un peu à droite de la ligne blanche, tumeur nettement sous-cutanée, lobulée, de consistance pâteuse, augmentant beaucoup de volume pendant l'effort, partiellement réductible, mate à la percussion, paraissant se rattacher à la ligne blanche ; quand on tentait de la réduire, on sentait à sa place une loge creusée dans le tissu sous-cutané. Peau saine. Pas de hernies ailleurs.

Constatations pendant l'opération : sac lipomateux très épais contenant l'épiploon et adhérent à son contour. Côlon trans-

verse prêt à franchir l'orifice herniaire, assez large pour admettre le pouce.

N.-B. — Il est regrettable que l'auteur n'ait pas décrit son opération et n'en ait pas mentionné les résultats, du moins immédiats. Le titre de l'observation permet cependant de croire à une guérison.

Observation XXIII (inédite)

M. le professeur-agrégé Gerbaud

Cure radicale d'une épiplocèle épigastrique

Au mois de mars 1890, je fus consulté par un homme de 35 ans, bien portant d'ailleurs, exerçant la profession de tonnelier.

Il présentait, dans la région épigastrique, sur la ligne blanche, une tumeur grosse comme un œuf de poule, qui, disait-il, le faisait souffrir de temps à autre, surtout, lorsque par mégarde, il appuyait sur ce point un objet quelconque. Sa profession l'exposant à des contacts de ce genre, il demandait à être débarrassé de sa tumeur.

J'examinai soigneusement mon malade ; la tumeur était assez mobile, présentait de la régularité et une consistance molle. Comme le malade ne se plaignait que de douleurs provenant du contact direct, et que, d'autre part, le palper abdominal ne me fournissait pas de signes particuliers, je laissai de côté l'idée d'une hernie et je crus avoir affaire à une tumeur graisseuse extra-abdominale.

L'opération fut pratiquée le lendemain. L'incision faite, je pus facilement séparer le tissu graisseux des parties voisines à l'aide du doigt ; mais, arrivé sur le plan abdominal, je rencontrai une grande résistance. Je saisis alors une pince à griffes pour la soulever et la disséquer ; l'effort que je fis amena un résultat inattendu. La tumeur céda brusquement ; le malade, qui n'était pas anesthésié, poussa un cri, et j'amenai à moi environ dix centimètres d'épiploon. Je m'empressai de réséquer le tout, et, après avoir lié deux artérioles au catgut, je refoulai

le moignon épiploïque dans la cavité abdominale. Je fis alors une première suture comprenant le péritoine, puis une suture entortillée au niveau des téguments.

La nuit suivante, je fus appelé auprès de mon opéré, qui éprouvait de violentes douleurs abdominales ; le facies était grippé, le pouls fréquent et petit, pas de température néanmoins. Je lui prescrivis une potion opiacée. Il ne tarda pas à s'endormir, et le lendemain matin, il n'avait plus rien.

Le troisième jour, j'enlevai les sutures. Réunion parfaite. Le huitième jour, mon malade rentra chez lui.

Depuis, il n'éprouve plus les *tiraillements abdominaux* et les *douleurs en ceinture* qu'il avait antérieurement et dont il avait oublié de me parler avant l'opération, ce qui aurait certainement modifié mon diagnostic.

J'ai eu de ses nouvelles il y a deux mois ; il se porte toujours bien.

Observation XXIV (Inédite)

Par M. le professeur Dubrueil

Hernie épiploïque épigastrique. — Cure radicale

Claude Bernard, âgé de 33 ans, maçon, entré à l'Hôpital Suburbain, le 16 janvier 1892.

Rien de particulier comme antécédents héréditaires et personnels. Il y a 18 mois, le malade a fait un effort très considérable en soulevant une grosse pierre. A partir de ce moment il eut des vomissements alimentaires, survenant sans grande régularité, accompagnés d'une douleur siégeant au niveau du creux épigastrique.

Il y a 6 mois, les mêmes phénomènes persistant, le malade consulta un médecin qui, par une exploration attentive, découvrit l'existence d'une petite tumeur, du volume d'une noisette, située sur la ligne médiane, à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. Comme traitement il prescrivit des lavages de l'estomac. Pas d'amélioration. Depuis, les crises douloureuses ont augmenté de fréquence, apparaissant quelquefois deux fois par jour, et toujours se montrant une heure après les repas. Elles s'accompagnent de vomissements.

Examen actuel : Etat général assez bon, bien que le malade, d'ailleurs fort robuste, accuse un peu d'amaigrissement.

Etat local : ventre à triple saillie de Malgaigne, pas de hernies dans les trajets habituels. Au niveau de la région épigastrique, se trouve une petite saillie perceptible seulement à la palpation profonde, irréductible, légèrement douloureuse à la pression, rénitente. Cette saillie se gonfle au moment des crises. Une heure environ après chaque repas, le malade accuse des douleurs excessivement intenses qui lui arrachent des cris, dont le maximum se trouve siéger au niveau de la tumeur épigastrique et qui s'irradient de chaque côté, vers les fausses côtes. Ces douleurs persistent une demi-heure environ et s'accompagnent de vomissements alimentaires.

Le 21 janvier 1892, opération. Anesthésie générale au chloroforme. Précautions antiseptiques rigoureuses. Incision de 4 à 5 centimètres au niveau de la tumeur. On arrive facilement, sur une partie de l'épiploon, qui fait saillie par un orifice très étroit de la ligne blanche. Le sac de cette hernie était si mince, qu'il a été ouvert sans qu'on s'en aperçoive. Pas d'adhérences. Avec le bistouri de Cooper, on pratique sur l'anneau trois débridements, un en haut, les deux autres sur les côtés. On attire un peu en dehors l'épiploon, qu'on sectionne au-dessus de deux ligatures en X au catgut. L'épiploon est réduit. Deux

points de suture à la soie comprennent toute la paroi, sauf la peau. Enfin, la peau est réunie par six sutures à la soie.

Pansement iodoformé. On prescrit 5 centigr. d'extrait d'opium.

22. — T. 37°,6 ; 37°,2. P. 68. Pas de nausées ni de vomissements.

23. — T. 37°,5 ; 37°,5. P. 72. Langue un peu sale ; pas de nausées ni de vomissements, pas de douleurs.

24. — T. 37°,8 ; 37°,4. P. 72. Pansement. Pas de ballonnement de l'abdomen, ni rougeur, ni tuméfaction inflammatoire; les lèvres de la plaie sont incrustées d'iodoforme. Le malade prend du bouillon et du lait, et n'a plus de crises douloureuses après les repas.

25. — T. 38°,6 ; 37°,9. P. 64. Langue un peu sale. Dans la journée d'hier, a souffert un peu du ventre. Pas de selles depuis l'opération. On prescrit un lavement purgatif.

26. — T. 38°,4 ; 38°,1. P. 72. Trois selles abondantes après le lavement. Pansement. Suppuration abondante ; il sort environ un verre de pus, au milieu duquel surnagent des gouttelettes graisseuses. On enlève les sutures superficielles. Lavages à l'eau boriquée bouillie. Autour de la plaie, on sent un gâteau profond, dur, gâteau épiploïque de la largeur de la paume de la main.

27. — T. 37°,9 ; 36°,9. P. 68. Langue humide, ni nausées ni vomissements. Pansement ; il sort environ une pleine noix de pus. Lavages boriqués. On sent toujours le gâteau épiploïque dur, qui s'étend surtout en haut et à gauche.

28. — T. 37°,2. P. 72. Pas de douleurs ni de ballonnement, ni nausées ni vomissements. Pas de selles, léger purgatif. Pansement. Il ne sort plus de pus, même à la pression. Pas de tendance à la hernie dans les efforts. On introduit dans la plaie une mèche de gaze iodoformée. Le malade prend des aliments solides et ne souffre pas après les repas.

29. — T. 37°,2 ; 36°,6. P. 68. Le purgatif n'a amené aucune selle. Le malade se plaint de coliques dues à des gaz intestinaux. On prescrit un lavement.

30. — T. 37° ; 36°,6. P. 72. Langue bonne. Deux selles abondantes. Pansement. A travers les lèvres béantes de la plaie cutanée, on aperçoit le nodus cicatriciel très solide de la ligne blanche. On sent encore, surtout à gauche, le gâteau épiploïque qui a bien diminué d'étendue.

2 février. — Pansement. Suppuration tarie. On touche les bourgeons charnus avec le crayon de nitrate d'argent.

5. — Pansement. On ne sent plus le gâteau épiploïque.

6. — Sans cause connue, le malade présente une hématémèse abondante et du melœna. Au niveau du creux épigastrique, pas de douleurs spontanées ni provoquées par la pression.

7. — Les vomissements, franchement marc de café, ont continué hier.

8. — Pas d'hématémèses. Pansement.

10. — Pansement. Guérison complète.

11. — Trois selles après un lavement; il existe encore un peu de melœna.

17. — Le malade sort complètement guéri de sa hernie et des accidents qu'elle provoquait. Cependant, amaigrissement notable, teint jaunâtre. Pas de ganglions sus-claviculaires.

N.-B. — Cette observation est absolument probante. D'abord, la cure opératoire de la hernie a été parfaite et ensuite le résultat thérapeutique, au point de vue des douleurs et des vomissements, a été obtenu, puisque du jour de l'opération le malade n'a plus souffert et n'a eu des accidents gastriques d'un nouveau genre, que seize jours après l'intervention. Il est probable que les hématémèses sont dues à d'autres lésions que celles de la hernie.

Observation XXV (inédite)

M. le professeur Forgue.

Hernie épiploïque, épigastrique, irréductible. — Cure radicale. — Guérison.

Le 4 janvier 1892, entre à l'hôpital suburbain, salle A, n° 31, B..., cavalier au 17e dragons, jeune soldat, bien musclé, très vigoureux, qui a refusé de prendre part aux exercices, se plaignant de douleurs violentes dans l'abdomen. Le point de départ de ces douleurs serait une tumeur située à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, du volume d'une aveline, de consistance mollasse et dépourvue de rénitence. Elle semble se continuer avec un pédicule qui se prolongerait au travers de la ligne blanche avec laquelle elle fait corps, et a contracté des adhérences complètes.

Cette tumeur serait survenue il y a deux ans, à la suite d'un effort fait pour charger du bois sur une charrette ; mais le malade déclare n'avoir été incapable de travailler que depuis deux mois. Avant d'entrer au régiment, il faisait le métier de roulier ; mais ne prêtait pas cependant un puissant concours au chargement de sa charrette.

Depuis le mois de novembre, le docteur Ferrier, médecin-major du 17e dragons, n'a pas constaté la moindre augmentation dans le volume de la tumeur. Le malade ne s'est d'ailleurs jamais plaint de troubles gastro-intestinaux. Il nous raconte qu'il ressentait à la région épigastrique des douleurs spontanées analogues à des piqûres d'épingle, douleurs qui s'étendaient tout autour de la tumeur sur un rayon de 5 centimètres environ. Il n'accuse pas de sensation de tiraillement, et sous l'influence de la toux ou d'un effort, la tumeur ne grossit pas ; mais la pression et les tentatives de réduction rendent les dou-

leurs sensiblement plus vives. Ce dernier caractère, joint aux autres symptômes déjà énumérés, font penser, malgré l'absence de troubles gastro-intestinaux, à une petite hernie épiploïque épigastrique irréductible.

En raison des souffrances qu'il ressent et de l'impossibilité où il se trouve de se livrer à un travail un peu pénible, M. le professeur Forgue propose au malade la cure opératoire de sa hernie.

Le 1er février, on prescrit un bain savonneux.

Le 2, opération sans anesthésie générale. On a eu soin, demi-heure avant, de faire au patient une injection de 1 centig. de chlorhydrate de morphine, et au moment, une injection de cocaïne.

La région opératoire est strictement aseptisée.

M. Forgue pratique sur la tumeur une incision verticale de 7 centimètres de longueur environ, et après avoir écarté les lames du tissu cellulaire sous-jacent à la peau, il arrive sur une tumeur globuleuse du volume d'une noisette, de teinte rouge assez vive. La vascularisation par d'assez gros rameaux, qu'il constate, le fait hésiter un instant et craindre qu'il n'y ait un point d'estomac entraîné. Il débride en haut sur une longueur de 1 centimètre et demi environ, en glissant une sonde cannelée qui doit forcer l'interstice. Il constate alors que la tumeur se continue avec le péritoine. On est donc en présence d'un sac herniaire. Il ouvre ce sac, dissèque la masse épiploïque incluse avec la sonde, s'assure de la continuation du pédicule avec l'épiploon abdominal, et alors, tirant au dehors cette masse, il l'embroche à ras de la paroi avec l'aiguille de Reverdin Ce pédicule, enchaîné dans une forte ligature en X, est réduit dans la cavité abdominale, après résection de la masse herniée. L'orifice de la ligne blanche avivé est fermé par trois points de suture, et la peau est réunie par quatre points superficiels.

Pansement à l'iodoforme, ouaté et légèrement compressif. Il est prescrit au malade six centigrammes d'extrait d'opium et 60 grammes d'élixir de Garus. Bouillon et lait.

Le soir, le malade n'a pas de fièvre, mais il accuse une douleur, due probablement à la section des tissus seulement.

3 février. — Pas de fièvre. T. 37°. Le malade n'a pas dormi.

4. — T. 36°,6. Nuit bonne. Douleurs à niveau de l'incision. Bouillon et lait.

5. — Apyrexie complète. Le soir, T. 37°,3.

6. — T. 37°,4. Le malade éprouve un peu de chaleur due à la constipation. On prescrit un lavement. Le soir, T. 38°.

7. — T. 36°,4. Le malade se trouve très bien.

8. — Très bonne nuit. Pansement. Réunion par première intention. On enlève les 4 points de suture superficiels. Le soir, T. 39°. P. 88. Le malade se plaint de sensation de chaleur, de céphalalgie, s'agite un peu. A 10 heures, il a mangé un bifteack.

9 et 10. — Apyrexie complète. Pas de douleurs.

11. — Cicatrisation absolue. Pas de douleurs. On considère le malade comme complètement guéri.

14. — Le malade prétend que sa hernie est revenue, accuse encore de nouvelles douleurs au creux épigastrique ; mais l'appétit est excellent. M. le principal N..., qui a remplacé M. Forgue, prescrit des applications de pommade mercurielle.

22. — Le malade est examiné par M. Forgue. On constate un nodus cicatriciel de la suture profonde, mais de récidive point. De chaque côté de la cicatrice, on perçoit nettement le bord interne des deux muscles droits. Le malade accuse une douleur vive lorsque l'on serre entre les doigts le nodus cicatriciel. Il est probable que c'est là qu'il faut chercher la cause des douleurs qu'il ressent et qui ne paraissent pas avoir les mêmes caractères que celles qu'il éprouvait auparavant.

IV

INDICATIONS DE LA CURE OPÉRATOIRE

Pour bien établir les indications d'une intervention chirurgicale, il ne faut pas seulement tenir compte de l'état de l'opéré ; il importe d'abord d'envisager les qualités nécessaires à l'opérateur. Grâce à l'immunité offerte et souvent donnée par la méthode antiseptique, les opérations réputées hier des plus graves tendent à entrer aujourd'hui dans la pratique courante. La chirurgie abdominale, et en particulier celle des hernies, jusqu'ici réservée aux maîtres, se *démocratise* de plus en plus. Il convient cependant de rappeler que la grande séreuse ne se laisse pas impunément *tutoyer* par tout le monde. « Ce qui est inoffensif, ce qui est légitime entre les mains d'un chirurgien éprouvé, bien pourvu, bien aidé, fervent en sa foi antiseptique, correct en sa méthode, peut devenir un désastre ou une agression mortelle, dans les conditions d'imperfection opératoire, de matériel suspect, de milieu défavorable... Encore faut-il qu'elle demeure accessible à la moyenne des chirurgiens, d'éducation opératoire générale suffisante, convenablement assistés, pourvus du matériel courant et habitués aux conditions aseptiques de la chirurgie moderne ; pour ceux-là, les indications opératoires doivent rester dans le possible et dans le sûr » (1). C'est à ce point de vue que nous nous placerons dans cette étude.

En présence d'une hernie étranglée, l'indication est formelle

---

(1) Forgue et Reclus : Traité de Thérapeutique chirurgicale, T. II, p. 585.

et précise : le viscère *colleté* doit être dégagé au plus tôt. On ne s'attardera pas à l'emploi de nombreux moyens d'une thérapeutique surannée : cataplasmes, bains prolongés, pommades, frictions alcooliques, injections de morphine, ponctions aspiratrices, etc. La vieille doctrine de la péritonite herniaire a fait son temps, ou du moins on ne l'interprète plus à la façon de Malgaigne ; au lieu d'indiquer et de justifier une abstention funeste, l'inflammation locale est une invitation de plus à une intervention précoce et active.

L'étranglement reconnu, il n'y a donc qu'un seul parti à prendre : tenter immédiatement la réduction par le taxis, avec ou sans anesthésie suivant le degré des souffrances ; et si des manœuvres bien conduites et prolongées de trois à cinq minutes ne réussissent pas, il faut, sans désemparer, recourir à la kélotomie. Il y a plus : si l'étranglement a débuté depuis plus de vingt-quatre heures, l'intestin hernié court grand risque d'être plus ou moins sphacélé ; et alors, pour éviter de commettre ou de laisser s'établir des dégâts plus considérables, on négligera le taxis préliminaire pour prendre d'emblée le bistouri.

L'intervention ne doit pas se borner au débridement et à la réduction de la hernie ; puisqu'on fait tant que de kélotomiser son malade, il faut profiter de l'occasion pour tenter la cure radicale et essayer de le débarrasser pour toujours de sa dangereuse infirmité.

Cette règle d'intervention hâtive ne s'applique pas seulement aux étranglements typiques et avérés. La conduite à tenir est la même dans les cas d'accidents cliniquement semblables provoqués par un volvulus, par une bride fibreuse ou une adhérence, par l'arrêt des matières fécales dans l'anse herniée, etc. L'opération ne pourra être différée que si on constate nettement la présence exclusive de l'épiploon. S'il reste le

moindre doute sur l'inclusion de l'intestin, il faudra traiter ces pseudo-étranglements comme un étranglement véritable.

Hormis ces cas où l'abstention est toujours une faute, l'intervention sanglante doit être discutée. Les indications opératoires dépendent en effet de la constitution anatomique de la hernie, des troubles fonctionnels qu'elle détermine, de l'efficacité des bandages, de la condition sociale du hernieux, enfin d'une foule de circonstances accessoires, mais que le praticien ne saurait négliger.

Les hernies épigastriques, avons-nous dit, sont rarement irréductibles d'après Berger. M. Forgue, au contraire, nous enseigne qu'elles contractent rapidement des adhérences. Peu importe, d'ailleurs, le degré de fréquence de cette complication de la hernie. L'irréductibilité dûment reconnue, quelle est la thérapeutique à suivre ?

Lorsque la hernie est petite et paraît ne contenir que de la graisse ou de l'épiploon sans intestin, lorsqu'elle ne s'accompagne pas de troubles gastro-intestinaux alarmants, enfin lorsque la position sociale du malade lui permet d'éviter les efforts musculaires, on peut mettre à l'essai la contention par un bandage à pelote concave bien ajusté. Malheureusement ces conditions essentielles se trouvent rarement réunies chez le même sujet. Petites, la plupart des hernies épigastriques le sont ; mais souvent elles ne le sont que trop, si bien que, surtout chez les personnes grasses, la pelote la mieux appropriée adapte mal sa concavité sur cette saillie imperceptible et que son bord, au lieu de la circonscrire, la comprime, provoque par là de nouvelles adhérences et peut même l'enflammer.

En outre la pression exercée sur l'épigastre par un bandage, même parfaitement ajusté et facilement maintenu en place, ne fait le plus souvent qu'exagérer les douleurs spontanées si fréquentes et si tenaces dans ces sortes de hernies. Aussi les malades préfèrent-ils courir les chances d'un étranglement plu-

tôt que de se condamner à la torture souvent inefficace du bandage.

Mais ce n'est pas seulement l'insuffisance ou l'intolérabilité de la contention mécanique, qui plaident en faveur de l'intervention, il faut encore les troubles fonctionnels, les poussées fréquentes de péritonite locale et surtout la menace constante de l'étranglement.

Nous pouvons donc conclure que, sauf de rares exceptions, les hernies épigastriques irréductibles sont justiciables de la cure radicale. Ces exceptions comprennent, d'une part, les cas de tolérance absolue pour les bandages et de manifestations symptomatiques peu bruyantes ; d'autre part, les cas extrêmes, d'ailleurs exceptionnels, de hernies très volumineuses, qui, ayant perdu depuis longtemps droit de domicile dans l'abdomen, ne sauraient y être refoulées sans dommage, et d'ailleurs ne tarderaient pas à forcer de nouveau la porte fermée sur elles.

Les hernies épigastriques réductibles sont, elles aussi, quelquefois justiciables de la cure radicale. Il en est qu'on n'arrive à maintenir réduites qu'à l'aide de bandages à ressort puissant, véritables machines insupportables. D'autres ne peuvent être contenues à cause de l'impossibilité d'appliquer et de maintenir le bandage en bon lieu. Ce fait se produit fréquemment chez les personnes grasses. On s'ingénie à varier la forme des brayers, on essaie tous les modèles, mais aucun ne remplit l'office auquel on le destine ; le paquet adipeux, interposé entre la pelote et la tumeur, fait glisser l'une sur l'autre, de sorte que la contention, théoriquement réalisable, devient pratiquement impossible. C'est pour ces raisons que certaines hernies idéalement réductibles relèvent de l'intervention chirurgicale.

S'il est des hernies qui, bien que réductibles et faciles à contenir par un bandage, provoquent des douleurs tellement intolérables qu'on ne saurait refuser l'intervention au malade qui

la réclame, ce sont assurément les hernies épigastriques. A l'occasion du moindre effort, aussitôt après les repas, ou même sans cause appréciable, surviennent des tiraillements, des crises douloureuses parfois si intenses qu'elles arrachent des cris au patient. Qu'on jette un coup d'œil sur nos observations, on verra que si tous les hernieux n'ont pas reculé devant l'intervention, c'est surtout parce qu'ils espéraient trouver dans l'opération un soulagement à leurs souffrances. Qu'on eût proposé à ces malheureux de contenir leur hernie par un bandage, ils auraient tous refusé d'en faire même l'essai.

La cure opératoire s'impose encore lorsque les troubles gastro-intestinaux dépendant de la hernie acquièrent une telle gravité, que la santé et même la vie peuvent en être compromises. Disons cependant qu'on ne devra se résoudre à agir qu'en désespoir de cause et après avoir essayé de tous les autres moyens.

Jusqu'ici les caractères anatomiques ou les signes fonctionnels de la hernie forçaient la main du chirugien. C'étaient des opérations de nécessité. Nous abordons maintenant la discussion des opérations de complaisance.

Un homme bien portant présente à la région épigastrique une tumeur réductible, soumise à un brayer, ne provoquant ni douleurs, ni troubles gastriques alarmants ; pouvons-nous, devons-nous lui accorder l'intervention ?

Cette question, souvent agitée dans ces dernières années, a divisé en deux camps l'élite des chirurgiens français. Les uns, Lucas-Championnière, Richelot, Terrier, considèrent toutes les hernies comme justiciables de la cure radicale. Le premier de ces auteurs disait dans la discussion mémorable de 1887 à la Société de chirurgie : « Si je conseille aux hernieux, dans un très grand nombre de cas, l'opération de préférence aux bandages, c'est, d'une part, parce que l'opération est d'une application beaucoup plus facile ; c'est, d'autre part, parce qu'elle

est moins dangereuse que le bandage lui-même. » Les autres, Le Fort en tête, mettant en regard de la sécurité et de l'efficacité opératoire les dangers inhérents à toute intervention sanglante, se déclarent partisans convaincus d'une abstention systématique. S'appuyant sur la rareté relative de l'étranglement, comparée au nombre des hernieux, Le Fort refusait de courir au-devant d'accidents graves qui, selon lui, n'atteindraient que deux hernieux sur mille ; et interpellant, dans une piquante boutade, ses collègues de la Société de Chirurgie, il leur reprochait, en somme, de proposer à autrui ce qu'ils ne voudraient pas qu'on fît à eux-mêmes.

Obligé de choisir entre ces deux opinions contraires, nous croyons être dans le vrai en subordonnant la décision thérapeutique à l'examen de ses motifs. Certes, les statistiques françaises des hernies en général et l'examen de nos 25 observations, semblent justifier et excuser le prurit opératoire de Lucas-Championnière et consorts. Mais parce que de brillants excès d'une audace parfois inutile sont restés à peu près impunis entre les mains de chirurgiens impeccables, avons-nous le droit d'affronter à leur suite un péril que nous pouvons éviter ?

Laissons donc de côté les opérations de complaisance pure. Ne cherchons pas à être agréables si nous ne devons pas en même temps être utiles. Mais, inversement, n'éludons pas la responsabilité d'une intervention active lorsque nous nous trouvons en présence d'un hernieux dont l'infirmité peut briser la carrière entreprise ou enlever le gagne-pain ; « comme il a peu de chance de mourir de son opération et beaucoup plus de mourir de faim s'il abandonne son état, on doit intervenir... Un hernieux bien averti et bien décidé est opérable sans remords du chirurgien, si le chirurgien est instruit, prudent et aseptique (1) ».

---

(1) Forgue et Reclus. Traité de thérapeutique chirurg., t. II, p. 593.

Il ne nous reste maintenant que peu de chose à dire sur quelques cas particuliers qui peuvent encore nécessiter la kélotomie. Ils se rapportent à des hernies compliquées d'affections étrangères et pouvant acquérir de leur fait une gravité spéciale. Cette catégorie comprend tous les hernieux qui, pour exercer une fonction normale ou combattre un élément pathologique, sont obligés de se livrer à des efforts violents : ce sont les urinaires, les constipés, les tousseurs, etc. Pour les soustraire à la perpétuelle menace des accidents subits, il est permis d'accéder à leurs désirs, s'ils viennent réclamer les bienfaits probables de l'intervention.

Après ce long exposé des indications nous devons dire un mot des contre-indications générales qui prohibent toute intervention sanglante, en dehors des opérations d'urgence.

On s'abstiendra d'une façon temporaire ou définitive, suivant les cas, lorsqu'on aura affaire à des hernieux atteints de maladies graves, aiguës ou chroniques, portant sur des organes essentiels de la vie ; on n'opérera pas des diabétiques avérés ou des cachectiques gravement atteints. En thèse générale on devra respecter les enfants au-dessous de cinq ans et les vieillards au-dessus de soixante. Enfin on ne transformera pas en matière à vivisection les individus qui poussent des hernies par tous leurs orifices.

C'est à dessein que dans cet exposé nous n'avons tenu aucun compte de notre division en hernies graisseuses et non graisseuses. Elle ne présentait ici aucun intérêt, puisqu'il n'existe aucun rapport d'avance reconnaissable entre la nature des symptômes et le contenu de la tumeur. Telle hernie complètement graisseuse pourra nécessiter l'intervention par les douleurs qu'elle provoque, alors qu'on devra s'abstenir d'opérer une entéro-épiplocèle qui ne gêne pas le malade et ne l'expose à aucun danger imminent. D'ailleurs, ces hernies ne présentant, d'ordinaire, que des dimensions fort minimes, l'exploration de

leur contenu ne pouvait fournir une base suffisante pour établir les indications. Et dans les cas exceptionnels de hernies volumineuses, les renseignements qu'elle nous a donnés ont servi à corroborer les conclusions tirées des manifestations symptomatiques de la réductibilité et de la tolérance des bandages.

V

OPÉRATION ET RÉSULTATS

Nous ne comprenons pas, sous la dénomination de cure opératoire, tous les procédés d'action chirurgicale sanglante. Laissant de côté les méthodes quasi-palliatives, injections périherniaires, suture sous-cutanée du trajet, etc., nous réservons le nom de cure opératoire à l'extirpation complète du sac herniaire et à l'oblitération immédiate du trajet.

Préparation du matériel et de l'instrumentation. — Il convient d'abord de choisir une salle propre, afin de se mettre à l'abri de l'infection ambiante, et bien chauffée, pour éviter une réaction péritonéale trop vive contre l'air froid. On disposera en bon lieu des bassins, des seaux, des linges chauds, etc., d'une propreté absolue, sinon stérilisés.

L'appareil instrumental est des plus simples : bistouris, sonde cannelée, ciseaux, pinces hémostatiques, aiguilles de forme et de volume variés, aiguilles de Réverdin. Tous ces instruments, nettoyés à nouveau, seront laissés une ou plusieurs heures dans de l'eau bouillante, et, jusqu'à la fin de l'opération ne subiront qu'un contact aseptique. On préparera, en outre, divers numéros de fils de soie, de catgut et de crins de Florence, un certain nombre d'éponges dûment aseptisées, ou mieux des tampons d'ouate hygroscopique, des bandes de flanelle et des compresses passées à l'étuve ; enfin, des tubes à drainage et le matériel ordinaire du pansement. Ajoutez à tout cela des solutions antiseptiques faibles (sublimé au 1/5000e, ou eau boriquée à 3 ou 4 pour cent), ou, suivant la formule mo-

derne, une grande quantité d'eau bouillie, salée, boriquée saturée.

Préparation du patient. — Trois ou quatre jours avant l'opération, on fera prendre au malade un bain savonneux ; l'épigastre sera rasé, brossé, bien nettoyé et recouvert d'une couche d'ouate aseptique. Le moment venu, la région sera de nouveau brossée, savonnée à l'eau chaude, puis fortement frictionnée à l'éther et à l'alcool, enfin lavée à la liqueur de Van-Swieten ou à l'eau phéniquée forte. Le champ opératoire sera circonscrit par des compresses chaudes et aseptiques, et les membres inférieurs recouverts d'ouate ou de couvertures chaudes. On pratique l'anesthésie chloroformique ou simplement l'anesthésie locale cocaïno-morphinée, ainsi que le fit M. Forgue pour son malade (Obs. XXV).

Toutes ces précautions prises, le chirurgien, sûr de son asepsie et de celle de ses aides, pourra entreprendre l'opération.

Opération. (1^er^ temps. Incision des téguments jusqu'au sac).— Sur l'axe vertical de la tumeur, on incise la peau sur une longueur variable avec le volume de la hernie. On fait, au besoin, une deuxième incision complémentaire à angle droit sur la première. Puis, on sépare couche par couche, avec le bistouri ou la sonde, le tissu sous-cutané, aveuglant ou liant au passage les artères qui donnent, et on arrive, soit sur une masse graisseuse circonscrite, soit sur le sac. Dans le cas de tumeur graisseuse, on l'isolera peu à peu jusqu'à l'orifice ; puis la masse soutenue de la main gauche sera divisée avec précaution en plusieurs tranches pour savoir si elle renferme un diverticule péritonéal. Si ces coupes prudentes, dans des plans différents, font voir qu'on n'a affaire qu'à un lipome herniaire, on le réséquera sans autre forme ou bien après avoir placé loin sur le pédicule une anse de catgut pour prévenir une

hémorragie secondaire possible. Si on tombe sur un prolongement séreux vide et atrophié, on l'excisera du même coup avec le lipome, mais non sans l'avoir préalablement suturé à sa base comme un véritable sac. Enfin, lorsque la hernie graisseuse contient un sac péritonéal avec viscères inclus, on la traite comme une hernie proprement dite.

2e Temps. Ouverture du sac. — Le sac une fois reconnu est ouvert avec précaution, à main levée ou sur la sonde. On pince chacune des lèvres de l'incision avec une ou deux pinces de Kocher, qui maintiennent le sac béant et permettent d'explorer son contenu.

3e *Temps. Traitement du contenu. a) Intestin.* — Libre, on le refoule en débridant au besoin le collet et un aide le maintient avec une éponge ou une flanelle aseptiques. Adhérent, on le dégage en dédolant avec le doigt ou la sonde et on le réduit et contient de même. S'il est sphacélé ou a été perforé au cours de l'opération, on le suture à la Lembert, ou bien, dans le cas de lésions graves ou étendues, on pratique l'entérectomie avec entérorraphie circulaire. Nous ne pouvons que signaler, sans les décrire, ces partis extrêmes et, d'ailleurs, rarement applicables aux hernies qui nous occupent.

b) Epiploon. — On attirera au dehors l'épiploon libre dans le sac ou libéré de ses adhérences et on en résèquera le plus possible, non sans l'avoir préalablement pédiculisé et enserré dans une forte ligature. Un lambeau épiploïque sera traversé en son milieu par une aiguille de Reverdin, chargée d'un double fil, qu'on divise en deux moitiés égales ; ces deux moitiés enchaînées et divergentes, sont ensuite nouées séparément sur les côtés. Si le lambeau épiploïque est large, au lieu de réunir le tout entre deux nœuds, on placera plusieurs fils suivant le précepte de Championnière : « non pas en chaîne, comme

on le fait pour l'ovariotomie, mais par sections indépendantes, par groupes. »

4e *Temps. Dissection et excision du sac.* — Le sac, toujours tendu et offert par les pinces à forcipressure, est isolé avec un soin minutieux des parties environnantes. Cette dissection se fait aisément avec les doigts, aidés de ciseaux mousses introduits à plat sur le feuillet le plus interne et non dans l'épaisseur « du sac adventice, formé par le tissu cellulo-fibreux, épaissi extérieurement au sac péritonéal originel » (1). Le feuillet séreux, complètement détaché des plans sus-jacents et de l'anneau fibreux, se laisse désormais facilement attirer au dehors et entraîne à sa suite l'infundibulum péritonéal qui constitue son embouchure. On enchaîne ce dernier comme l'épiploon, par un double fil de fort catgut ou par des ligatures multiples à la Championnière. On résèque le sac au-dessous de la ligature et on refoule le moignon péritonéal dans l'abdomen.

5e *Temps. Avivement de l'anneau.* — Dans tous les cas, qu'on ait affaire à de simples lipomes sous-péritonéaux ou à des entéro-épiplocèles, il faut rétablir immédiatement la continuité de la paroi. On pratiquera donc au bistouri ou aux ciseaux l'avivement de l'orifice. L'instrument sectionne obliquement, afin que l'anneau fibreux soit avivé en surface et non pas seulement sur son bord. Dans ce même but d'obtenir une cicatrice épaisse et solide, Lucas-Championnière superpose les bords largement avivés de la paroi. Il ne faut pas être trop parcimonieux dans cet avivement, sous peine d'obtenir une cicatrice faible et peu résistante, qui cédera de nouveau au moindre effort; d'ailleurs, quelques millimètres de surface

(1) Forgue, *loc. cit.*, pag. 595.

cruentée en plus, ne sauraient empêcher l'affrontement des lèvres de l'anneau.

6e Temps. Suture de l'anneau et des téguments. — L'anneau et les téguments peuvent être suturés ensemble ou séparément. Ces deux procédés ont chacun leurs indications spéciales. Si l'anneau est petit, formé d'un tissu fibreux et résistant, il est préférable de faire deux étages de sutures, l'un pour le plan aponévrotique, l'autre pour les téguments.

Par contre, si l'orifice est large et ses bords effilochés, ou bien si la hernie avait depuis longtemps perdu droit de domicile, il est à craindre que la lame aponévrotique friable ne puisse suffire à contenir la poussée viscérale plus forte, qu'elle ne se déchire sur les fils et qu'une véritable éventration ne se produise. Aussi conseillons-nous de faire dans ces cas une suture unique embrassant toute l'épaisseur de la paroi.

Si on en juge par nos observations, les fils de soie ou de catgut doivent être préférés aux fils d'argent. L'emploi de ces derniers semble être la principale cause des échecs de Terrier. Le nombre des points sera proportionnel au diamètre de l'orifice et aux dimensions de l'incision cutanée.

Dans les cas de hernie volumineuse, laissant après l'opération un fort lambeau de peau exubérante, on en réséquera la quantité convenable. On ne doit laisser un drain que lorsqu'on a des raisons de craindre la stagnation des liquides.

Pansement. — Après avoir bien abstergé la plaie réunie, on la saupoudre d'iodoforme et on applique successivement quelques mèches de gaze iodoformée et une bonne couche d'ouate hydrophile aseptique ; le tout est maintenu en place par une large ceinture de flanelle.

Soins consécutifs. — Si on n'a pas manqué aux règles de l'asepsie, les suites de l'opération sont des plus simples. On

se bornera pour les premiers jours à prescrire l'usage des aliments liquides, l'immobilité dans le décubitus dorsal et une potion opiacée ou quelques injections de morphine.

Le pansement sera renouvelé quatre ou cinq jours après. Si tout va bien, on en profitera pour enlever les fils. La cicatrisation complète doit se faire sous ce second pansement ou au plus sous un troisième. Dans les cas favorables, elle ne demande pas plus de huit jours. Il ne faudrait pas cependant rendre trop hâtivement au malade sa liberté d'action ; en se levant ou travaillant trop tôt, il s'exposerait à perdre le bénéfice acquis.

Doit-on prescrire un bandage de précaution ? — Chez les sujets jeunes, bien portants, à musculature abdominale vigoureuse, dont les hernies étaient petites et leur anneau étroit, le port du bandage est plutôt nuisible qu'utile ; il comprime et amincit la cicatrice et souvent n'appuie pas en bon lieu. Par contre, on conseillera le bandage aux adultes, surtout aux vieillards, dont la paroi abdominale, crevée par des hernies volumineuses, avait perdu sa résistance et son élasticité ; on l'appliquera aussi chez les gens obligés par la maladie ou des nécessités professionnelles à faire de violents efforts.

Résultats de la cure opératoire.— Dans aucun cas, les opérés dont nous reproduisons l'histoire n'ont succombé aux suites de l'opération. On n'a même jamais observé d'accidents réellement graves. Cependant, un des malades de Terrier (obs. XI) a présenté une épiploïte assez intense qui a été guérie au bout d'un mois. La même complication est survenue dans les premiers jours qui ont suivi l'intervention de notre maître M. Dubrueil ; mais elle avait complètement disparu douze jours après (obs. XXIV).

Dans quatre cas, il s'est produit une fistule : stercorale chez le malade de Rademasker (obs. III) et due à une blessure

du côlon transverse pendant l'opération; simple chez trois malades de Terrier et liée à la présence de fils d'argent qu'on ne pouvait retirer (obs. X, XII, XIII).

La moitié des opérés ont été revus de quelques mois à plusieurs années après, et on n'a constaté la récidive que dans trois cas de Terrier, à la suite d'une légère éventration, due sans doute à la suture argentique (obs. X, XII, XIII).

Les douleurs et les troubles gastro-intestinaux ont toujours conplètement disparu après l'opération, sauf chez le malade de M. Forgue (obs. XXV). Mais il convient ici d'élever un doute sur la véracité de ce jeune militaire, qui table sur ce symptôme purement subjectif pour demander sa réforme. L'opéré de Bouilly (obs. XVI) a vu reparaître des troubles gastriques; mais ce chirurgien les attribue à une affection étrangère à la hernie. Celui de M. Dubrueil (obs. XXIV) présente des hématémèses et du mélœna; mais ces symptômes doivent faire plutôt songer à une maladie organique; d'ailleurs les douleurs intenses qui lui arrachaient des cris ont disparu avec la hernie.

Huit observations signalent la prescription d'un bandage ou d'une ceinture. On ne trouve pas ce renseignement dans les autres; il est permis de croire qu'on a jugé cette précaution inutile.

En somme, pas de mort ni d'accidents réellement inquiétants, suppression complète des douleurs et des troubles gastro-intestinaux, guérison définitive dans tous les cas, sauf trois où il persista une pointe de hernie: tel est l'actif de la cure opératoire. Son passif se résume à quatre cas de fistules qui guérirent d'ailleurs, à des accidents passagers d'épiploïte chez deux malades et peut-être un fait unique de persistance de douleurs.

Tel est le bilan de l'intervention dans les hernies épigastriques.

VI

Conclusions

1. — Les hernies épigastriques se font par les orifices naturels qui interceptent les faisceaux fibreux entrecroisés de la ligne blanche.

2. — Elles s'établissent soit lentement, par suite d'une faiblesse congénitale ou acquise de la paroi, soit soudainement, consécutivement à un effort violent ou à un traumastisme.

3. — La difficulté et même l'impossibilité fréquente d'en reconnaître d'avance le contenu, le défaut de parallélisme entre la constitution anatomique et la nature des symptômes observés, empêchent de séparer l'étude des simples lipomes herniaires sous-péritonéaux de celle des hernies proprement dites.

4. — Les hernies épigastriques présentent comme caractères spéciaux : la médiocrité de leur volume, leur faible tendance à l'étranglement et surtout s'accompagnent de crises douloureuses et de troubles gastro-intestinaux souvent très intenses et rebelles.

5. — Sont justiciables de la cure opératoire :

a) Toutes les hernies étranglées ;

b) Les hernies irréductibles, sauf de rares exceptions relatives aux hernies qui surviennent chez des gens aisés, qui ne présentent pas de symptômes douloureux et fonctionnels graves, ni d'accidents d'inflammation ou d'étranglement chronique, et qui sont aisément soutenues par une pelote concave ;

c) Les hernies douloureuses ou provoquant des symptômes fonctionnels menaçant l'existence ;

d) Certaines hernies qui défendent au malade tout travail ou lui ferment les portes d'une carrière choisie ;

e) Certaines hernies compliquées d'affections étrangères capables d'exagérer subitement leur gravité.

6. — La cure opératoire est contre-indiquée, sauf les cas d'urgence, chez les enfants au-dessous de cinq ans et les vieillards au-dessus de soixante, chez les hernieux atteints de diathèses ou de dyscrasies graves.

7. — La cure opératoire a pour but de faire rentrer définitivement dans l'abdomen les viscères herniés et d'oblitérer le trajet herniaire.

8. — L'intervention est justifiée dans les cas sus-énoncés, par sa bénignité et son efficacité thérapeutiques.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 2 mars 1892.
Le Recteur :
GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 2 mars 1892.
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
CARRIEU.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !